



MINISTERO dell'ISTRUZIONE dell'UNIVERSITÀ e della RICERCA



## ISTITUTO COMPRENSIVO I.C. ALES(OR)

Sede: scuola secondaria di primo grado "DANTE ALIGHIERI"  
Via Amsicora, 6. – 09091 ALES (Oristano) ;  
e-mail: [oric82100n@istruzione.it](mailto:oric82100n@istruzione.it) – [oric82100n@pec.istruzione.it](mailto:oric82100n@pec.istruzione.it)  
Tel. - Centr. 0783/91601; - DS 0783/998184; - DSGA 0783/91691  
cod.m.. ORIC82100N – c.f. 80004790954

Al Dirigente scolastico  
Dell'Istituto Comprensivo Statale di Ales

Oggetto: comunicazione assenza per **visita medica, prestazioni specialistiche ed accertamenti diagnostici** (ai sensi della C.M. n.301/96 e della Circ. n.8, D.F.P. 2008)

Il/la sottoscritt\_\_\_\_\_  
nat\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente  
a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ in servizio presso codesto  
Istituto nel plesso di scuola \_\_\_\_\_ in qualità \_\_\_\_\_

### COMUNICA

La propria assenza dal servizio, dovendosi sottoporre a :

- visita medica;  
 prestazione specialistica;  
 accertamenti diagnostici;

il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, presso  
\_\_\_\_\_;

*(indicare la struttura sanitaria presso la quale si verrà sottoposti a visita)*

### DICHIARA

**Che non è stato possibile effettuare la prestazione sanitaria di cui sopra al di fuori del proprio orario di servizio**

### E CHIEDE

Che la predetta assenza le venga considerata come:

1. \_\_\_\_\_ come assenza per motivi di salute;
2. \_\_\_\_\_ come permesso orario soggetto a recupero;
3. \_\_\_\_\_ come permesso retribuito per motivi personali;

e si impegna a presentare la prescritta documentazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_